

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

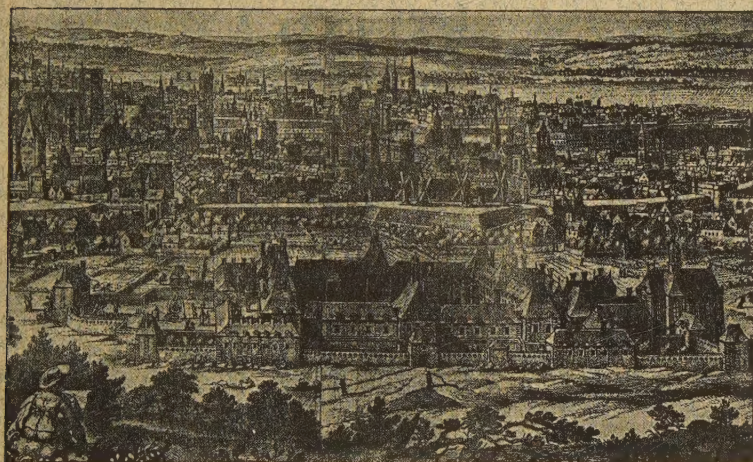
Présentée et soutenue le mercredi 10 avril 1907, à 1 heure

Par **H. PÉLARDY**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LE FAVUS DES ONGLES

(ONYCHOMYCOSE FAVIQUE)



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : } MM. BLANCHARD, professeur.
TEISSIER et CLAUDE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

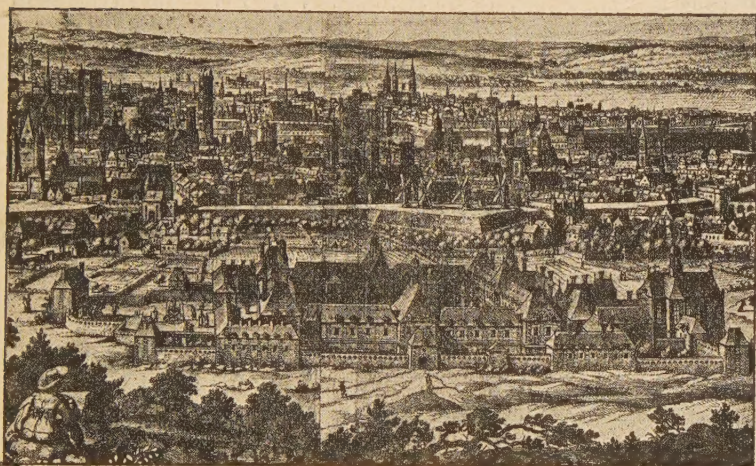
Présentée et soutenue le mercredi 10 avril 1907, à 1 heure

Par **H. PÉLARDY**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LE FAVUS DES ONGLES

(ONYCHOMYCOSE FAVIQUE)



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : } MM. BLANCHARD, professeur.
TEISSIER et CLAUDE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	N.....
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY:
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	De LAPERSONNE
	ALBARRAN.
	N
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Agré)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MON ONCLE

M. DABURON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Longtemps confondue avec les autres affections mycosiques des ongles, l'onychomycose favique commencée à se dégager du chaos dans lequel ces rares affections sont restées.

Grâce à la vive lumière que projettent aujourd'hui sur le diagnostic du favus unguéal, les recherches microscopiques d'une part et la culture du parasite, d'autre part, la description de cette affection est devenue plus facile. C'est la tâche que nous entreprenons, guidé par les conseils de M. le D^r GASTOU, chef de laboratoire du service de clinique de M. le professeur GAUCHER.

Nous sommes heureux de lui adresser ici nos plus vifs remerciements.

Nous ne saurions trop exprimer notre gratitude à M. le professeur GAUCHER. En acceptant la présidence de notre thèse, il ne pouvait nous faire un plus grand honneur.

HISTORIQUE

L'onychomycose favique avait échappé complètement à l'attention des anciens auteurs.

Ce n'est qu'en 1829, que MAHON jeune, le premier, décrit un cas de favus des ongles chez un jeune homme atteint de favus du cuir chevelu. La description pittoresque qu'il en donne, mérite d'être citée :

« Les ongles des pieds et des mains présentaient au plus haut degré les altérations qui leur sont propres lorsqu'elles résultent de l'influence faveuse ; ils étaient devenus très épais et tellement branchus à leurs extrémités, qu'il nous est venu dans la pensée, en les considérant, la statue de Daphné, changée en laurier, où l'on aperçoit le passage de la nature humaine à celle de l'arbuste, quoiqu'il y ait loin de l'aspect gracieux de ce produit de l'art à celui d'un infortuné réduit à un état si pitoyable par une affection dont on prétend qu'il faut attendre la guérison de la nature seule. »

Quelques années après, MAHON lui-même contractait

cette affection en épilant avec ses ongles ses petits malades.

En 1835, ALIBERT, dans sa *Monographie des dermatoses*, attire l'attention des pathologistes sur cette altération des ongles. La description qu'il donne de ses symptômes cliniques est exacte de tous points et il ne manque au diagnostic que le contrôle du microscope.

« La teigne, dit-il, n'attaque pas uniquement le cuir chevelu; elle se manifeste également dans les autres parties du corps qui sont pourvues de poils, elle s'introduit même jusque dans les ongles des mains et des pieds; l'analogie de structure de ces organes avec les cheveux explique facilement cette localisation.

Sous l'influence du parasite, les ongles s'épaississent et offrent beaucoup d'aspérités au toucher; ils deviennent *jaunâtres, livides, noirs* et quelquefois *crochus*... »

PINEL à la Salpêtrière, MURRAY à Göttingue ont signalé les affections parasitaires de l'ongle sans insister sur le favus.

GIBERT, auteur d'un traité paru en 1840 n'en fait pas mention.

En 1852, BAZIN montre que les malades atteints depuis longtemps de la teigne faveuse sont quelquefois porteurs d'une altération des ongles due à la présence du champignon caractéristique de cette maladie.

En 1868, ANCEL dans sa thèse donne une courte description du favus unguéal.

En 1878, LAILLER cite le fait de la propagation du favus aux ongles, « rare, dit-il, malgré la fréquence

de la présence des spores dans le sillon unguéal chez les faviques. »

FOURNIER (HENRI) observe en 1889 une famille dont les cinq enfants sont atteints de favus des ongles. Deux seulement sont porteurs de favus du cuir chevelu. Puis viennent les observations de DUBREUILH, de la même année, celles d'ELSNER (1891) et de FABRY (1890).

En 1894, BODIN publie ses remarquables travaux sur la question de la pluralité du favus. Après en avoir démontré le polymorphisme au point de vue parasitaire, il conclut à l'unité au point de vue clinique. Mais malgré ce polymorphisme, on retrouve au microscope les caractères fondamentaux invariables du parasite, l'irrégularité de la disposition du mycélium et des spores étant plus apparente que réelle. Ce n'est que la culture du parasite qui peut faire la preuve de la pluralité du favus.

Ces travaux apportaient à l'étude du favus en général et à celle du favus des ongles en particulier, un procédé scientifique de diagnostic dont la technique est encore en usage aujourd'hui, et dont nous donnons plus loin la description.

Les observations de favus des ongles se firent plus rares depuis les travaux de Bodin, celles de trychophytie sont au contraire nombreuses. La dernière observation publiée en 1906 par M. DANLOS est celle d'un cas atypique de favus du cuir chevelu et des ongles.

Notre observation personnelle a porté sur deux cas : l'un chez une femme de 45 ans, l'autre chez sa fille âgée de 16 ans, ayant contracté toutes deux l'affection, il y a deux ans.

ETIOLOGIE

La cause la plus importante du favus des ongles est l'auto-infection par le grattage. Lorsqu'un sujet est atteint de favus du cuir chevelu, il se gratte et la rainure sous-unguéale est constamment remplie d'une multitude de spores d'*Achorion Schœnleinii*, qui envahissent la face profonde de l'ongle à la faveur d'une solution de continuité déterminée par l'usure.

Mais contrairement au favus du cuir chevelu, rare chez l'adulte, le favus des ongles persiste longtemps après que celui-là a disparu et, si l'éruption favique est restée discrète et a passé inaperçue, il peut sembler que la localisation aux ongles soit primitive.

Il n'existe pas d'âge de prédilection pour le favus des ongles. Fournier Henri observe la maladie chez cinq enfants dont le plus jeune a 6 ans et l'ainé 16 ; Ancel, chez une petite fille de 6 ans. Le plus grand nombre des malades observés jusqu'ici était adulte (18 à 20 ans).

Il ne semble pas qu'il existe de prédisposition professionnelle. Médecins et infirmiers en contact journa-

lier avec des faviques ne présentent jamais d'onychomycose favique. Le seul cas que nous connaissons est celui du D^r Mahon, qui contracta cette affection en épilant les malades avec ses ongles.

Il s'agit donc presque toujours d'une auto-infection.

Le malade observé par Fabry était porteur depuis trente-cinq ans d'un favus généralisé, ainsi que les deux faviques dont Kaposi et Fournier nous rapportent l'histoire.

Les malades de Kœbner, Ancel et Arnozan, avaient eu tous du favus du cuir chevelu. Ceux d'Ancel et d'Arnozan avaient encore en certains endroits de l'alopecie et des cicatrices de favus.

Il existe quatre cas dans la littérature médicale où le favus des ongles semble primitif. Ce sont ceux de Pürser, Ripping et de Collas.

Chez un malade de Fabry atteint depuis trente-cinq ans, malgré les traitements les plus variés, le favus resta localisé sur les ongles des doigts. Ce favus était primitif.

Le fait de la transmission du favus des animaux à l'homme est aujourd'hui connu. Quelques onychomycoses furent ainsi contractées. En 1847, Jacquetant trouvait le favus chez le chat; Draper, en 1854, chez le rat; Mégnin chez le cheval en 1863; Saint-Cyr, en 1869, chez le chien; Wilhiam, en 1892, chez le bœuf; Mourrad chez le lapin, Gerlach chez la poule, Ercolani chez l'âne. Les curieuses expériences de ce dernier prouvèrent la possibilité de la transmission du favus de l'homme aux animaux.

Les ongles des orteils sont également susceptibles d'être atteints de favus. Mais l'affection des ongles des doigts est de beaucoup la plus fréquente.

Dans l'observation de Pürser, les ongles des premier et deuxième orteils droits étaient atteints de favus ; dans celle de Fabry, les ongles des troisième, quatrième et cinquième orteils droits et du troisième orteil gauche.

Existe-t-il une prédisposition plus marquée à la contagion pour un ongle des mains, et en particulier, pour les ongles du pouce et de l'index qui sont les plus souvent atteints ? Non, mais il est un fait d'observation courante. Lorsque, au début de l'affection, la rainure sous-unguéale commence à se combler d'une matière grisâtre constituée par la masse parasitaire et la prolifération du derme sous-unguéal, le favique cherche de temps à autre à éliminer ce qui ne lui semble qu'un corps étranger, quelquefois avec un cure-ongles, mais souvent aussi avec l'ongle du pouce ou celui de l'index insinué sous l'ongle malade. C'est donc par auto-contagion que l'affection se transmet dans ce cas.

Reste un mode intéressant de contagion de même nature. C'est celui que crée, chez un porteur d'onychomycose, l'usage des limes, brosses et cure-ongles. Les ciseaux peuvent être aussi véhicules de l'achorion. Et pourquoi ne pas chercher là, la contagion des ongles des orteils si difficile à expliquer autrement ?

PATHOGÉNIE

Les ongles sont une dépendance de l'épiderme, comme les poils avec lesquels ils présentent de nombreuses analogies. Sans insister sur l'anatomie de l'ongle, mais dans le but de mieux faire comprendre la marche de l'envahissement du parasite et les lésions qui en résultent, nous allons en quelques mots rappeler ces principales analogies.

Enchâssé dans les téguments à sa partie postérieure et sur ses bords latéraux, l'ongle, dans son étui épidermique en avant et dermo-épidermique en arrière, ne peut mieux être comparé qu'à un cheveu enchâssé dans son follicule. Sa structure est également celle de l'épiderme. La cellule épithéliale pavimenteuse, son élément fondamental, est distribuée en deux couches : la couche cornée et la couche muqueuse. Mais ici la couche cornée acquiert une épaisseur telle qu'en constituant la lame unguéale, le corps de l'ongle, elle crée le refuge idéal du parasite qui nous occupe, en entretenant une légère humidité dans les cellules qui lui sont sous-jacen-

tes, en maintenant leur température constante et en protégeant des traumatismes extérieurs le délicat mycélium de l'achorion qui, par sa prolifération, produira lentement au bout de longues années, les lésions de l'onychomycose.

L'infection de l'ongle se produit toujours à son bord libre. Nous savons que chez les faviques qui se grattent, la rainure sous-unguéale est constamment remplie de spores et de mycélium de favus.

Est-il nécessaire qu'un décollement entre la couche cornée et la couche muqueuse de l'ongle se produise, pour que ce parasite envahisse le lit même de l'ongle ? Nous ne le croyons pas. La formation du mycélium peut commencer au fond même de la rainure sous-unguéale. Ce processus se continue sous l'ongle de proche en proche et la couche cornée se décolle à mesure de la couche muqueuse. Mais l'ongle ainsi séparé des organes qui assurent sa nutrition commence à réagir.

La face inférieure, creusée de sillons longitudinaux correspondant aux lignes des papilles du derme avec lesquelles ils s'emboîtent intimement, s'hypertrophie dans les sens : épaisseur, largeur et longueur. Cette épaisseur peut atteindre plusieurs millimètres. Il en résulte que l'ongle se soulève et apparaît, à la place de la rainure sous-unguéale une masse friable, grisâtre et sale, composée, ainsi que nous le montrera l'examen microscopique, de mycélium et de cellules cornées jeunes, néoformées, et se distinguant des cellules de l'ongle par leur réaction colorante. (Elles deviennent rouges par le picro-carmin.)

Arrivées à ce stade, les lésions de l'ongle peuvent rester longtemps stationnaires. L'achorion respecte la matrice de l'ongle qui, troublé seulement dans sa nutrition, réagit comme nous venons de le voir, mais ne provoque jamais sa chute.

ASPECT CLINIQUE

Après avoir étudié par quel processus les lésions de l'ongle favique se constituaient lentement, c'est à la description clinique de ces lésions que nous allons consacrer ce chapitre.

Disons de suite qu'il existe trois variétés cliniques d'onychomycose favique. Nous avons eu la chance de rencontrer ces trois variétés sur deux personnes, qui font l'objet de notre observation personnelle.

Mais il existe une onychomycose type qu'il est indispensable de décrire tout d'abord.

C'est au bord inférieur de l'ongle, rarement à sa partie médiane, presque toujours à l'angle externe ou interne, que commence l'envahissement de l'achorion. Et lorsque tout le bord inférieur est pris peu à peu, lorsque les deux tiers inférieurs environ de l'ongle sont séparés de son lit par l'amas du mycélium et des cellules cornées, les lésions ne progressent plus dans la majorité des cas. Car le favus respecte la matrice de

l'ongle dont le tiers supérieur conserve son intégrité.

Parmi les phénomènes qui annoncent la germination de l'achorion, il faut signaler en premier lieu le changement de coloration de l'ongle et la perte de sa transparence et de son poli.

En certains points, une matière jaune sèche apparaît par transparence d'abord, par usure ensuite, formant de petites taches d'un blanc jaunâtre. Elles peuvent augmenter pour envahir tout le bord inférieur de l'ongle ou au contraire subsister longtemps sans s'accroître. Dans ce dernier cas, la forme reste circonscrite. Elle est diffuse dans le premier.

En même temps que ces changements de coloration, la forme générale de l'ongle subit de profondes modifications.

La lame cornée s'épaissit, là seulement où se développe le parasite, c'est-à-dire près de son bord libre. L'ongle se soulève alors et apparaît déchaussé sur ses deux bords latéraux. Sa courbure transversale s'accroît en même temps que sa courbure longitudinale. Sa surface externe s'accroît. De toutes ces modifications de forme, il résulte que ses stries longitudinales s'écartent les unes des autres et donnent à l'ongle une apparence cannelée, en moelle de jonc.

Au niveau des taches jaunâtres que nous décrivions plus haut, des nodosités, des tubérosités se forment sur la table externe de l'ongle.

Mais la consistance de ces formations est des plus friables. Elles s'effritent par l'usure et dans ces divers points, après un amincissement de plus en plus mar-

qué, la perforation peut devenir totale, comme à l'emporte-pièce.

La masse champignonneuse mise à jour s'effrite alors elle-même et disparaît en une fine poussière.

Telles sont les lésions les plus fréquentes que l'on observe dans l'onychomycose favique. Mais selon la prédominance de telle ou telle déformation, il nous a été possible d'étudier trois variétés de cette affection :

a) Une *forme striée* due à une hypertrophie des stries longitudinales de la lame cornée. L'ongle conserve sa consistance normale, mais sa surface externe se plisse longitudinalement. Il en résulte une série de crêtes à arêtes plus ou moins vives, aplanies souvent par l'usure, séparées par des vallées correspondant aux crêtes inter-papillaires de la face inférieure de la lame cornée.

La coupe transversale de l'ongle visible à son bord inférieur a une apparence crénelée. On retrouve la coloration jaunâtre type, mais cependant, il y a peu d'éléments accumulés entre l'ongle et son lit.

b) Une *forme érosive* dans laquelle la perte de substance de l'ongle devient considérable, par rapport à sa surface. On observe soit des échancrures du bord inférieur, soit des perforations totales, causées les unes et les autres, par un état friable de la lame cornée. L'usure intervient pour créer ces lésions qui peuvent entraîner la chute presque totale de l'ongle.

c) Une *forme éburnée*, dans laquelle l'ongle peu déformé, mais souvent déchaussé sur ses bords latéraux, est séparé de son lit par une masse pouvant attien-

dre plusieurs millimètres (cinq ou six) d'épaisseur, constituée par des cellules cornées jeunes et du mycélium d'achorion. C'est cette masse blanchâtre et dure qui caractérise cette forme et bien qu'elle soit loin d'atteindre la dureté de l'ivoire, on ne peut mieux la comparer qu'à cette matière, quand on la regarde par transparence.

A tous ces symptômes, rarement viennent s'en ajouter d'autres. La douleur purement subjective n'existe pas dans cette affection. Quelquefois la pression exercée sur l'ongle malade réveille une légère douleur, encore celle-ci est-elle causée par une inflammation coexistante d'un point quelconque du lit de l'ongle.

Le favus des ongles n'altère pas la santé générale. Lorsqu'il est localisé aux ongles seuls, malgré le danger de contagion qu'il crée pour le porteur ou les individus qui l'entourent, jamais on ne l'a vu se généraliser.

L'évolution de l'onychomycose favique est fort lente, sa durée presque indéfinie. Contractée le plus souvent avant l'âge adulte, elle est observée chez des personnes ayant dépassé l'âge moyen de la vie, comme dans les observations de Fabry et de Pürser.

La guérison ne s'observe jamais spontanément qu'à la suite de la chute de l'ongle et les divers traitements employés jusqu'ici n'ont pas eu de résultats remarquables. L'arrachement de l'ongle même a souvent été suivi de récidives.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

« Les lésions des ongles sont des plus difficiles à diagnostiquer. En effet, une maladie donnée peut produire des lésions unguéales d'aspects divers ; inversement une lésion unguéale donnée peut être symptomatique de plusieurs dermatoses. » (Brocq, *Dermatologie pratique*.)

Voyons d'abord quelles sont les lésions unguéales du favus des ongles que nous rencontrons également dans les autres affections de ces organes.

Le soulèvement de la table externe de l'ongle, qu'il soit partiel, et dans ce cas occupant toujours une partie latérale de l'ongle, ou total, créant entre l'ongle et son lit un espace plus ou moins large et rempli par l'épaississement de la table interne et l'accumulation du parasite, se rencontre indifféremment dans le favus, la trichophytie et même parfois dans certaines formes atténuées de staphylococcies.

L'amaigrissement de l'ongle, la prolifération du derme sous-unguéal et la formation des foyers arrondis ou

ovales, grisâtres ou jaunâtres, existent aussi dans ces diverses affections des ongles.

L'aspect de moelle de jonc se voit dans le pityriasis rubra pilaris, et les pelades généralisées.

Enfin la coloration jaunâtre de l'onychomycose favique se retrouve elle-même dans la trichophytie des ongles.

Aucune caractéristique clinique ne permet donc un diagnostic positif, certain de l'onychomycose favique.

Une étude brève des affections de l'ongle qui peuvent être facilement confondues avec le favus nous permettra peut-être d'en faire le diagnostic différentiel.

L'onychomycose trichophytique se présente au début sous forme d'une ligne noirâtre un peu sinueuse et atteignant assez rapidement l'union du tiers externe avec les deux autres tiers de la lamelle cornée. La coloration normale de l'ongle change avec l'envahissement du parasite, mais, tandis qu'avec le favus on observe une coloration jaunâtre, blanc sale, les couches profondes de l'ongle envahies par la trichophytie prennent une teinte noire sale, tirant sur le vert foncé.

L'accumulation du champignon continuant d'augmenter, les déformations habituelles se produisent : soulèvement de l'ongle, exfoliations superficielles, boursoufflures, perforations donnant naissance à de petites cavités, remplies d'une substance friable constituée par l'agglomération des spores et du mycélium trichophytiques. Mais ces lésions peuvent simuler totalement celles de l'onychomycose favique et pratiquement, le diagnostic est impossible quand les antécédents et

les commémoratifs n'existent pas. Les différences basées sur la coloration ne sont pas concluantes.

La teigne tondante à petites spores, ou teigne tondante Gruby-Sabouraud, dont le parasite est le *microsporum Andouini* est capable de se généraliser aux parties glabres et aux ongles. Aucune observation d'onychomycose produite par ce parasite n'a été publiée jusqu'ici.

La pelade généralisée est cause importante d'altérations des ongles. Ils sont habituellement tous atteints. Arnozan a signalé ces lésions dans des pelades circonscrites en plaque. Elles peuvent précéder les manifestations peladiques du cuir chevelu. Les ongles présentent un aspect général terne. Leur coloration n'a rien de caractéristique ; tantôt jaunâtres, tantôt grisâtres. Ils sont amincis, dépolis, et striés longitudinalement. Parfois ils s'épaississent, desquament, s'effritent, et prennent ainsi l'aspect de moelle de jonc. Dans quelques cas rares, ils se détachent et tombent spontanément.

Les lésions unguéales de la pelade généralisée simulent donc parfaitement celles du favus. Seule, la symétrie bilatérale fréquente des premières peut aider au diagnostic clinique.

L'eczéma des ongles, facilement diagnostiqué quand il est accompagné d'une éruption eczémateuse sur une autre région, peut, quand il est isolé, être confondu avec une lésion parasitaire des ongles et en particulier avec le favus. Mais, dans l'eczéma, la surface de l'ongle striée transversalement et comme ponctuée, pré-

sente, dit Lailler, « l'apparence d'un dé à coudre ou d'un morceau de bois rongé par les vers », de plus les bords de l'ongle sont plus relevés, la lame cornée plus aplatie. En somme, la déformation totale est plus considérable dans l'eczéma que dans le favus. L'ongle est plus sec et plus rugueux, ratatiné en certains endroits, parfois soulevé par des productions épidermiques abondantes. Le caractère de ces lésions est l'irrégularité.

Le psoriasis des ongles est une affection qu'il est presque impossible de diagnostiquer s'il n'existe une éruption concomitante. En plus d'un état piqueté que l'on a déjà trouvé dans l'eczéma, l'ongle psoriasique présente des déformations plus accentuées que l'ongle favique. Il est soulevé et en partie détaché de son lit par un amas de squames dures et épaisses. Mais ici encore nous retrouvons l'aspect de moelle de jonc, comme dans les affections parasitaires de l'ongle. La lame unguéale altérée par le psoriasis est plus molle, plus dépressible qu'elle ne l'est dans le favus.

Le pityriasis rubra pilaris des ongles produit encore l'aspect déjà décrit de moelle de jonc. Les ongles sont ternes, incurvés, jaunâtres, dans le sens transversal et dans le sens longitudinal. Le diagnostic est ici facilité par la coexistence de l'affection aux mains, principalement à la paume.

L'onyxis syphilitique, quand il affecte l'ongle lui-même sans participation du derme péri-unguéal, revêt plusieurs formes qui sont :

L'onyxis craquelé, caractérisé par une grande friabi-

lité du bord libre de l'ongle, avec décollement d'avant en arrière.

L'elconyxis, de Fournier, perforation dont les bords sont formés de lamelles déchiquetées et le fond par le derme sous-unguéal qui paraît grisâtre.

La forme hypertrophique, qui est une hypertrophie du derme sous-unguéal.

Ces différentes formes sont souvent faciles à confondre avec les affections parasitaires de l'ongle.

Les troubles trophiques des ongles se produisent parfois sans cause appréciable. Parmi eux, deux formes surtout peuvent être confondues avec le favus des ongles, ce sont : l'hyperkératose sous-unguéale et les atrophies dites essentielles.

Dans l'hyperkératose sous-unguéale, « il se développe, entre le lit de l'ongle et la lamelle unguéale, une masse incomplètement kératinisée, brunâtre, modérément consistante. Elle envahit tout le lit de l'ongle jusqu'à la lunule.

C'est au niveau du bord libre que la masse sous-jacente atteint son épaisseur maxima ; la lamelle unguéale peut devenir trouble par places et se crevasser. Elle est alors soulevée sous forme de vagues par l'hyperplasie sous-jacente... Unna a reconnu que les amas cellulaires renferment une énorme quantité de cocci ». (Hallopeau et Damassy, 1895.)

Les atrophies dites essentielles se produisent dans le cours de la seconde enfance et n'affectent qu'un ou deux doigts.

M. Brocq en signale trois types qui peuvent simuler les lésions du favus.

Dans un *premier type* la lame cornée s'effrite en minces lamelles jusqu'à sa disparition.

Dans un *deuxième type* il se forme d'abord de l'hyperkératose, puis l'ongle casse, s'effrite et disparaît.

Dans un *troisième type* nous voyons l'ongle se décoller d'avant en arrière, avec ou sans production d'hyperkératose.

Cette étude des affections des ongles, esquissée à grands traits, nous montre que le diagnostic du favus est cliniquement impossible surtout lorsqu'il s'agit de le différencier d'une affection parasitaire des ongles et en particulier de la trichophytie, maladie la plus fréquente de ces organes. C'est ici qu'interviennent les procédés dont la technique est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Bodin.

Ils nous permettront en quelques instants un diagnostic certain.

Une étude histologique et phytologique du favus des ongles s'impose donc à nous, après celle des procédés techniques employés pour l'examen microscopique des squames d'ongles contaminés.

EXAMEN HISTOLOGIQUE ET PHYTOLOGIQUE, DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE.

Les procédés dont nous allons donner la description peuvent être appliqués extemporanément, n'importe où. Ils sont à la portée de tous les praticiens et suffiront dans tous les cas à la précision absolue du diagnostic. Nous en avons emprunté la technique au livre de M. Gastou intitulé : *Les maladies du cuir chevelu*.

I. — *Prélèvement des squames d'ongles*. — C'est à l'aide d'une lime à ongle préalablement stérilisée que l'on réduira en une fine poussière la lame cornée et l'amas parasitaire sous-jacent. On recueillera ces débris sur une lame stérilisée et, si l'on ne peut faire l'examen de suite, on recouvrira d'une seconde lame et on enveloppera le tout soigneusement.

II. — *Technique*. — Une parcelle de la poussière ainsi recueillie est portée sur une lame porte-objet, bien nettoyée à l'alcool et séchée, sur laquelle a été déposée préalablement une goutte d'une solution de potasse à 40 0 0. On recouvre alors d'une lamelle bien

nettoyée. On porte le tout au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, en chauffant doucement, à petits coups. Au bout de quelques secondes, on voit apparaître sur les bords de la lamelle quelques bulles d'air. Cela indique que la potasse est en ébullition. Il faut alors s'assurer sous le microscope, à un faible grossissement, que la préparation est suffisamment éclaircie. Sinon, on chauffe encore jusqu'à apparition de nouvelles bulles.

La lamelle est ensuite portée sur la platine d'un microscope. Il faut avoir soin de diaphragmer le plus possible, et d'éclairer un peu obliquement afin que le parasite se détache sur le fond. Il est bon de repérer la squame à l'aide d'un grossissement faible, puis d'employer le fort grossissement, on évite ainsi d'écraser la préparation.

C'est à l'ébullition prolongée, à l'écrasement de la préparation ou à son éclairage défectueux, que l'on doit l'insuccès.

Il faut toujours que l'examen de la squame par la potasse soit pratiqué de suite, le séjour dans la potasse détruisant rapidement les cellules épidermiques.

La technique que nous venons de décrire est la méthode rapide. Il existe une méthode lente, nécessaire à employer si l'on veut colorer le parasite.

Plusieurs procédés sont en usage. Le plus simple est celui de Bizozzero et Firket, dont voici la technique :

1° On porte les squames dans un mélange alcool absolu et éther. Au bout de quelques heures, elles sont dégraissées.

2° On les porte alors dans quelques gouttes d'une

solution d'acide acétique à 50 0/0, déposées sur une lame. On évapore sur platine chauffante. Les squames sont fixées.

3° Pour colorer : déposer sur les squames quelques gouttes de la solution de bleu de méthylène, qu'on laisse agir de dix minutes à une demi-heure.

4° Laver longuement à l'eau.

5° Laver à l'alcool à 90° et à l'alcool absolu.

6° Laver au xylol.

7° Déposer ensuite sur la squame une goutte de baume de Canada et recouvrir d'une lamelle.

Les cellules restent pâles tandis que le parasite se colore vigoureusement.

CARACTÈRES DE L'ACHORION SCHÖENLEINII DANS LES SQUAMES D'ONGLE FAVIQUE.

L'achorion Schœnleinii se présente dans ces préparations microscopiques sous deux formes :

1° Filament mycélien non sporulé. Étroit, aplati, irrégulièrement tuméfié, droit ou recourbé, il pousse de place en place de petits renflements qui ne sont que des organes de résistance et qu'il ne faut pas prendre pour des conidies, organes de reproduction que l'on observe seulement dans les cultures du parasite en goutte liquide.

2° Un filament formé de spores en chaînettes, arrondies, ovalaires, étranglées, *des plus irrégulières*. Cet élément existe en plus grand nombre que les filaments non sporulés et ce n'est qu'après l'avoir rencontré et

avoir étudié ses caractères que le diagnostic de favus pourra être fait.

Ici, une comparaison s'impose avec la trichophytie des ongles.

Le trichophyton se présente également sous deux formes à l'examen microscopique :

1° Un filament mycélien impossible à distinguer d'un filament mycélien d'achorion.

2° Un filament sporulé, dont les spores groupées en chaînettes présentent une forme quadrangulaire un peu allongée, mais dont le principal caractère distinctif est la *parfaite régularité*.

Des cellules épidermiques nombreuses sont groupées dans la préparation. Elles ne présentent rien de particulier à signaler.

En résumé, lorsque l'examen microscopique fera constater la présence de filaments à spores régulières, il s'agira d'une trichophytie. Lorsque, au contraire, ces spores seront les unes arrondies, les autres ovalaires ou étranglées, nous serons en présence d'un favus. Nous ajouterons que la culture du parasite difficile à réussir ne ferait que confirmer le diagnostic et permettrait de déterminer la variété d'achorion cause du favus. Nous ne dirons rien de ces délicats procédés de laboratoire hors portée de notre compétence.

TRAITEMENT

Le traitement de l'onychomycose favique est particulièrement laborieux, en raison du siège du parasite. Le nombre des modes de traitement préconisés par chaque auteur montre leur peu d'efficacité. On a le choix entre les trois procédés suivants :

Le traitement mécanique ;

— antiseptique ;

— physique.

Le traitement mécanique du favus des ongles consiste à enlever l'ongle en respectant la matrice et à racler à la curette les masses champignonneuses qui encombrent le lit de l'ongle. Après plusieurs pansements à la liqueur de Van Swieten, on laisse repousser l'ongle et la guérison peut être définitive.

Si l'on ne veut pas de ce procédé radical, on peut enlever mécaniquement les dépôts jaunâtres partiels, en usant à la lime les parties de l'ongle qui recouvrent les points malades, puis enlever tous les tissus à la curette,

enfin appliquer des parasitocides, tels que la teinture d'iode ou le sublimé.

Fabry dit avoir obtenu par l'ablation totale, la guérison dans plusieurs cas. Mais nous ne possédons sur cette méthode aucune communication démonstrative et nous ne pouvons savoir si la récurrence est survenue et au bout de combien de temps.

Le traitement antiseptique simple est rarement suivi de guérison, les applications de sublimé, acide phénique, teinture d'iode ne pouvant détruire le parasite protégé par la lame unguéale.

Dubreuilh a obtenu cinq cas de guérison par un procédé destiné à provoquer une inflammation suppurative de toute la sertissure de l'ongle et l'élimination de celui-ci dans sa totalité. Ce procédé consiste dans une application deux fois par jour, sur tout le pourtour de l'ongle, d'une pommade composée à parties égales de pyrogallol et d'huile d'amandes douces ; on peut activer la réaction inflammatoire, si elle est trop lente à se produire, par l'application d'un doigt de gant en caoutchouc. Quand le pourtour de l'ongle est soulevé par le pus, l'ongle devient mobile et tombe spontanément, lorsqu'on incise le soulèvement pustuleux. On applique ensuite un pansement antiseptique. Ce traitement est douloureux et exige une surveillance attentive.

Plus simple est celui qui consiste dans l'application de l'emplâtre hydrargyrique, ou de pommades parasitocides à base d'huile de cade, de soufre ou d'acide salicylique, mais sans espoir de succès.

Peut-on faire bénéficier les porteurs de favus des

ongles du traitement radiothérapique, au même titre que les porteurs de favus du cuir chevelu ?

Nous ne pouvons donner ici de réponse affirmative. Nos deux malades ont été soumises en un mois à trois séances de vingt minutes donnant une somme de 15 H. Il est impossible de noter actuellement une modification de l'état de leurs ongles. Nous n'en continuerons pas moins le traitement, confiant dans l'action des rayons X sur les champignons parasites en général et celui du favus, en particulier.

OBSERVATIONS

Observation I

(PÜRSEY, *Journal scientifique* de Dublin, 1865).

« L'affection unguéale a été découverte par hasard. Le sujet était un homme adulte, entaché à la fois de goutte et de syphilis, mais non incommodé depuis longtemps par ces diathèses.

A l'époque où il se présenta à mon observation, il était atteint du mal de Brigh.

Tous les ongles des doigts étaient incurvés, offrant l'aspect si fréquemment observé dans la tuberculose pulmonaire ; l'ongle de l'index droit était seul anormal.

Il avait une coloration jaune brunâtre, avait perdu son poli, présentant de l'épaississement, des raies, avec des stries longitudinales très accusées.

L'ongle n'était pas si épais que dans le cas précédent (herpès circiné), mais il était détaché de son lit, très friable et tendait à s'effriter longitudinalement et transversalement.

A part une éruption syphilitique secondaire, cet homme n'avait aucune affection de la peau ; il ne savait à quoi attribuer cette lésion unguéale.

Le début remontait à cinq ans ; aucune gêne n'en résulta pour lui-même. Les ongles du gros orteil et du deuxième orteil du pied droit présentaient seulement quelque analogie avec les lésions de ce doigt. Tous les autres orteils étaient sains.

L'examen microscopique a montré des spores ovales, quelques-unes unies bout à bout, avec des filaments ramifiés. »

Observation II

(ANCEL, *Thèse de Paris*, 1868.)

« J'ai vu il y a quelques semaines, à la consultation de l'hôpital des enfants, une petite fille qui présentait, sur les régions frontale et pariétale gauche, d'énormes croûtes de favus squameux. Il existait en même temps sur plusieurs points du corps, et, en particulier, sur la face dorsale du poignet gauche, des godets isolés de favus urcéolaire.

En examinant les ongles de la malade, je constatai l'altération suivante sur l'ongle de l'annulaire gauche : coloration sale, d'un jaune-brunâtre, sur toute la moitié interne de la lame cornée ; dans toute son étendue antéro-postérieure, perte de la transparence, sillons longitudinaux bien prononcés à ce niveau.

La moitié externe de la lame cornée a conservé ses caractères normaux. La portion malade est, dans toute son étendue, complètement détachée du derme sous-jacent : aussi j'ai pu l'enlever en totalité sans déterminer la moindre douleur.

Au-dessous d'elle il existe, à la surface du derme, une poussière brune qui, sous le champ de microscope, a présenté une infinité de spores de favus.

En traitant la lame cornée malade par une solution de potasse à 40 0/0, j'ai observé la dissociation des cellules cornées, et j'ai pu constater qu'elles étaient, pour la plupart, envahies par les spores.

Celles-ci existaient également en grand nombre dans l'intervalle des cellules, en même temps que des tubes volumineux de mycélium. »

Observation III (Résumée.)

(VIRCHOW. *Archiv.*, IX, p. 587. Berlin.)

L'ongle du gros orteil présentait une conformation remarquable : la lame cornée était très tuméfiée et montrait une tendance à l'exfoliation ; les bords étaient épais et supportés par une couche très élevée.

Dans différents points, entre les lames cornées et surtout latéralement, on observait des dépôts étendus en nappe, d'une couleur jaunâtre ; à la coupe, on voyait qu'il s'agissait là d'une substance qui s'était interposée entre les couches cornées et le derme sous-unguéal.

Après avoir soulevé l'ongle jusqu'à la lunule, on observait à la face inférieure, un nombre assez considérable de feuillets cornés mobiles, la masse jaune pénétrait entre les différents feuillets.

Juste en avant de la lunule et vers la partie médiane de l'ongle, se trouvait une masse de 2 à 3 millimètres de largeur sur 1 à 1 mm. 1/2 de hauteur ; cette masse ressemblait à des croûtes de teigne faveuse : elle était sèche, pulvérulente, d'un blanc jaune, sale, squameuse.

Tous les points jaunâtres étaient remplis de champignons...

Observation IV

(Due à M. ARNOZAN, citée par M. LESPINASSE,

Thèse de Bordeaux, 1889.)

M^{me} de P... âgée d'environ 45 ans, de faible constitution, active et exaltée.

Mère de cinq enfants ; elle est dans une situation pécuniaire difficile, et a beaucoup de préoccupations et de travail. Elle a été longtemps fatiguée par une entérite chronique dont elle relève à peine.

Depuis quatre ou cinq ans, elle a présenté aux mains des plaques d'herpès, qui ont pris, à certains moments, une grande extension, et ont cédé à des applications mercurielles.

La chevelure est assez abondante ; mais sur le côté gauche de la région pariétale existe une plaque dépilée, irrégulière, un peu rosée. A ce niveau quelques cheveux sont cassés, l'un est tordu, noué, infiltré de spores (comme un cheveu de teigne tondante).

Sur le cuir chevelu, aucun godet favique ; on remarque seulement quelques croûtes, disséminées çà et là.

L'attention est surtout attirée sur les ongles de la malade. Huit ongles des mains offrent des lésions spéciales.

On constate d'abord l'absence de bord libre : la lame cornée unguéale ne se détache pas de son lit cutané et se termine à son bord antérieur par une série d'inégalités rocailleuses.

A la surface se dessinent des fissures longitudinales : peu accentuées sur quelques points, ces fissures sont d'ailleurs beaucoup plus marquées et séparent l'ongle en deux segments. (A ces endroits la pression réveille une très vive douleur.)

L'ongle est de plus parsemé de rugosités; ces rugosités occupent surtout la partie terminale de l'ongle, ce qui pourrait donner l'idée d'un organe corrodé par un acide et souillé par les poussières extérieures. La couleur est loin d'être uniforme; on trouve en certains endroits un semis de points noirs et blancs, mais quelques ongles présentent une couleur jaunâtre caractéristique.

Certains de ces organes sont comme déchaussés; il y a tuméfaction du repli épidermique et exulcération au fond du sillon (onyxis latéral).

Les ongles ont perdu leur consistance normale; ils offrent une grande friabilité et on peut en enlever facilement des fragments avec le scalpel.

La sensibilité à la piqure est normale; mais comme nous l'avons signalé, les fissures longitudinales sont sensibles à la moindre pression.

Examen microscopique. — A plusieurs reprises, des fragments unguéaux ont été traités par la potasse et examinés au microscope.

Dans toutes ces préparations, on a noté de longs filaments mycéliens non ramifiés, mais surtout des spores assez volumineuses, alignées en chapelet.

La jeune Yvonne, fille de M^{me} de P..., présente une plaque rouge cicatricielle sur le sommet de la tête.

Il y a absence de poils à ce niveau; l'un de ces organes examiné montre quelques séries de tubes et de spores en chapelet, comme dans le favus.

Beaucoup d'autres plaques très petites sont disséminées çà et là. Sur ces plaques quelques tares, cheveux minces qu'on peut arracher sans douleur.

On ne constate aucune espèce d'odeur. Une fois l'épilation commencée, crises douloureuses siégeant dans la tête ou le cuir chevelu.

Observation V

(D^r FOURNIER (HENRI), *Journal des maladies cut. et syph.*, 1889.

Famille Richard, à Levallois depuis plusieurs années.

Elle comprend cinq enfants de 8 à 16 ans, atteints de lésions des ongles.

Garçon de 8 ans 1/2 : plusieurs ongles malades aux deux mains.

Garçon de 9 ans 1/2 : deux ongles malades aux deux mains.

Fille de 11 ans : deux ongles malades à la main gauche.

Deux autres filles de 15 ans et de 13 ans portent des lésions analogues.

Chez l'aînée on a constaté dans l'enfance une maladie croûteuse du cuir chevelu.

L'un des jeunes enfants a été très manifestement favique.

De l'examen des ongles que j'ai pu me procurer, il résulte que les lésions sont imputables à l'infiltration des lamelles unguéales par l'achorion Schœnleinii.

Observation VI

(HENNOCQUE, *Thèse de Paris*, 1885.)

Il s'agit d'un malade porteur, sur les jambes, de cicatrices arrondies, légèrement déprimées, avec pigmentation à leur périphérie, disposées en cercle et ayant absolument l'aspect de cica-

trices de lésions syphilitiques. Cependant il s'agit de cicatrices de favus.

Assez souvent on voit apparaître sur ces différentes parties du corps de ce malade, au niveau ou au voisinage des cicatrices, des godets faviques absolument caractéristiques. En outre ce mulade présente des lésions très nettes de favus du cuir chevelu et des lésions faviques des ongles qui ont la forme hippocratique. Ils sont striés transversalement et longitudinalement, épaissis. On remarque au-dessous de leur bord libre une masse concrète, dure et grisâtre dans laquelle l'examen histologique nous a permis à plusieurs reprises de constater la présence des filaments mycéliens et des spores faviques.

Observation VII

(FABRY. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1890.)

Il s'agit d'un homme de 41 ans, négociant, en traitement pour une blennorrhagie chronique. C'est par hasard que j'ai été amené à observer les anomalies de ses ongles qu'il ne songeait pas à me montrer. Interrogé, voici ce qu'il m'apprit :

A l'âge de 6 ans, il avait eu une éruption du cuir chevelu, formée de croûtes à couleur « jaune d'œuf ». Il avait conservé cette éruption jusqu'à l'âge de 22 ans et sa calvitie était telle qu'il était obligé de porter une perruque. C'est spontanément, dit-il, que son affection guérit. Ses frères cadets en étaient également atteints.

L'affection des ongles des doigts avait commencé chez lui lorsqu'il était encore écolier. Il ne se rappelle plus de l'époque où elle fit son apparition aux ongles des orteils.

Tandis que les ongles des orteils croissent seulement jusqu'à une certaine dimension, puis se cassent spontanément ou sous l'influence d'un léger traumatisme, rien de semblable ne se produit pour les ongles des mains.

Les seuls ongles des doigts qui sont atteints sont celui du pouce de la main gauche et celui de l'index de la main droite ; l'altération la plus manifeste se trouve sur le premier.

Le plateau de l'ongle est séparé du lit par un amas épais de masses friables, le plateau lui-même a une coloration verdâtre, il est le siège d'une opacité diffuse ; à sa partie supérieure, il est uni et lisse. La décoloration du plateau présente une disposition spéciale ; dans les parties du plateau voisines de la matrice, on observe un triangle dont le tissu est sain. La base de ce triangle représente à peu près la lunule. Il n'y a de réactions inflammatoires de la peau, ni au-dessous ni au-dessus de l'ongle, ni dans son voisinage ; aussi la pression sur le plateau de l'ongle ou sur un point quelconque de la phalange unguéale ne détermine-t-elle aucune douleur.

L'ongle du doigt indicateur de l'autre main présente les mêmes lésions ; toutefois la forme du plateau vue d'en haut est restée normale, convexe, tandis que sur le pouce, elle est concave, en forme de pelle.

Au pied, c'est l'ongle du troisième orteil, à gauche, qui est pris. A droite, les ongles des troisième, quatrième et cinquième orteils. L'aspect est ici tout différent de celui des doigts.

Opacités circonscrites dans l'ongle, de coloration jaunâtre, productions qui rappellent surtout les godets, elles sont au nombre d'environ trois ou quatre sur un même ongle.

Nulle part il n'existe de trace d'inflammation du cuir chevelu : c'est l'aspect bien connu du favus après terminaison de

son évolution spontanée. Autour du vertex, une grande plaque chauve recouverte de tares, cheveux noirs. La peau est le siège de cicatrices atrophiques, pas de cupules. Pas d'achorion dans les cheveux. Sur le reste du corps, rien d'anormal.

Il s'agit donc ici d'un cas de favus de la tête, avec infection des ongles par grattage. Mais tandis que le favus de la tête a terminé spontanément son évolution, l'onychomycose dure depuis trente-cinq ans. Le mécanisme de l'infection aux ongles des orteils demeure inconnu.

L'examen histologique et microscopique vint confirmer le diagnostic.

Observation VIII (Résumée.)

(DUBREUILH, *Journal de Bordeaux*, 1890.)

Homme, 42 ans, typographe. L'ongle du médius droit est altéré depuis dix ou quinze ans. Cet ongle est plutôt aminci qu'épaissi ; partout il adhère à son lit. Tandis que la moitié basale est normale, la moitié terminale est profondément altérée. Cette dernière présente : une teinte opaque et jaunâtre, des stries longitudinales, serrées et plus foncées.

Des brisures et des lacunes laissent à découvert la lame profonde, inégale et effritée, et présentant l'aspect dit en moelle de jonc.

Cet homme n'avait jamais eu de teigne. Aucun de ses huit enfants n'en avait été atteint.

L'examen microscopique a montré des chapelets de spores absolument caractéristiques. Il s'agit donc ici d'une onychomycose, due soit au trichophyton tonsurant, soit à l'achorion

Schoenleinii, sans qu'il soit possible de déterminer lequel des deux est en cause.

Observation IX

(Du même auteur.)

Femme, 33 ans, ménagère, atteinte d'un eczéma de la face datant de dix-sept ans. Les lésions des ongles remontent à la même époque. A 7 ans, elle avait eu dans le cuir chevelu des croûtes qui ont duré deux ans et ont laissé une plaque d'alopecie cicatricielle.

Il y a des lésions profondes des ongles du pouce, du médius et de l'annulaire gauches et des lésions légères de l'ongle du pouce droit. L'ongle du pouce gauche est très court, il n'a que 6 millimètres de long et ne dépasse pas le milieu de l'espace compris entre la racine de l'ongle et l'extrémité de la pulpe. En revanche il a 3 millimètres d'épaisseur; il n'est normal qu'au milieu de la lunule, qui est elle-même un peu entamée. La partie terminale est très courbée transversalement; elle a une couleur blanchâtre qui la fait paraître décollée; sa lame superficielle est lisse et dure; sa lame profonde très épaisse, forme un bourrelet noirci par les poussières.

L'ongle du médius a sa longueur normale; les lésions n'occupent que son tiers terminal. L'ongle est épaissi et dépasse 1 millimètre.

L'ongle de l'annulaire est très court. Comme celui du pouce, il présente de nombreuses petites taches jaunâtres et un épaississement marqué des couches profondes de la lame unguéale.

Sur l'ongle du pouce droit, on ne remarque qu'un léger

épaississement et des stries blanc-jaunâtre vers son extrémité libre. Cet ongle a été malade comme les autres, mais il a guéri spontanément.

O bservation X

(de MM. HALLOPEAU ET FOUQUET).

(*Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1902.)

B..., âgé de 40 ans, carrier, entre salle Bazin le 21 avril ; il présente des altérations des ongles des mains.

Tous ces organes sont atteints, mais à des degrés différents. Ce sont à la main droite, ceux des trois derniers doigts, à la main gauche, ceux de l'auriculaire, de l'annulaire et de l'index qui sont les plus malades.

La partie qui répond au bord libre décollé est colorée en noir par la profession et striée de lignes blanches verticales. Plus haut, l'organe est le siège de taches blanchâtres, plus ou moins étendues, à contours mal définis. Sa surface a perdu son aspect lisse et nacré ; elle est aplatie, rugueuse, bosselée à certains endroits, striée de cannelures plus ou moins nettes, verticales et transversales ; la lunule reste intacte.

Ces ongles sont épaissis, leur table externe est soulevée par les couches sous-jacentes incomplètement kératinisées et en partie détruites.

Lorsqu'on gratte avec une curette la couche épaisse sous-unguéale, on en détache des fragments qui, traités par la potasse et examinés au microscope, montrent la présence de mycélium. Les ongles ne sont jamais tombés. On ne trouve nulle part ail-

leurs d'autres lésions parasitaires. Les ongles des pieds sont normaux.

La culture du parasite n'a pas été faite.

Observation XI

(de DANCLOS, *Ann. de Dermat.*, 1906.)

Il s'agit d'un homme de nationalité russe, s'exprimant très mal en français et même en allemand, ce qui rend l'interrogatoire difficile et incertain. L'affection existe depuis de nombreuses années. Sur le sommet de la tête, dans la région de la calvitie séborrhéique, les cheveux sont très clairsemés et, dans leur intervalle, le cuir chevelu lisse et cicatriciel présente un aspect très comparable à celui qu'il offre dans la pseudo-pelade de Brocq.

Nulle part de godets grands ou petits. Simplement, autour de quelques cheveux, en apparence sains, une auréole rouge, large comme une tête d'épingle.

Nombre de cheveux s'arrachent avec une gaine grasse; çà et là, quelques excoriations de grattage. Au microscope, aspect favique incontestable sur quelques cheveux, mais non sur tous.

Aux mains, trois doigts sur les dix sont envahis, l'annulaire et l'auriculaire à droite, l'auriculaire à gauche. Sur tous les trois l'affection se caractérise par la destruction de la lame cornée de l'ongle dans sa moitié inférieure. Le lit de l'ongle mis à nu est tuméfié, friable et présente l'aspect en moelle de jonc que l'on constate dans le psoriasis et les affections mycéliennes. L'examen des squames recueillies par grattage (acide formique, potasse) montre un mycélium caractéristique.

La culture de celui-ci n'a pas été faite, mais le diagnostic

s'impose par la considération du cuir chevelu. Évidemment c'est en se grattant la tête que le sujet s'est inoculé les ongles ; mais il est remarquable que tous les ongles ne sont pas pris et que les doigts envahis ne sont pas ceux qui servent le plus au grattage.

Observation XII (Personnelle).

M^{lle} F... âgée de 16 ans, et sa mère sont venues à la consultation de M. le professeur Gaucher le 10 décembre 1906, toutes deux porteuses de lésions unguéales.

M^{me} F... nous dit que sa fille, depuis l'âge de 2 ans, a toujours eu jusqu'à l'âge de 15 ans des croûtes du cuir chevelu. Mais respectant scrupuleusement cette « gourme dont la guérison aurait été, dit-elle, la cause d'autres maladies », jamais elle ne consulta pour son enfant. « Cependant, ajoute-t-elle, de 5 ans à 10 ans, sont apparues de temps à autre, de petites plaques de pelade larges comme des pièces de 50 centimes ou de 1 franc. » Mais les cheveux repoussant spontanément, jamais elle ne s'en inquiéta. Ajoutons que la chevelure de M^{lle} F... étant malgré la maladie du cuir chevelu, extraordinairement abondante et les soins de propreté rendus difficiles par ce fait même, la phtyriase vint ajouter continuellement ses lésions à celles qui existaient déjà. Depuis un an et spontanément la guérison du cuir chevelu s'achève. Plus de croûtes, ni d'alopécie partielle. Quelques squames analogues aux squames séborrhéiques persistent seules dans la région du sommet. Les cheveux encore légèrement ternes à cet endroit ne sont pas cassés. Quand on détache des squames, on n'en enlève aucune. Rien de caractéristique n'existe donc aujourd'hui du côté du cuir chevelu.



M^{me} Fel... Onych. fav. des ongles du pouce et du médius. Types strié et éburné.

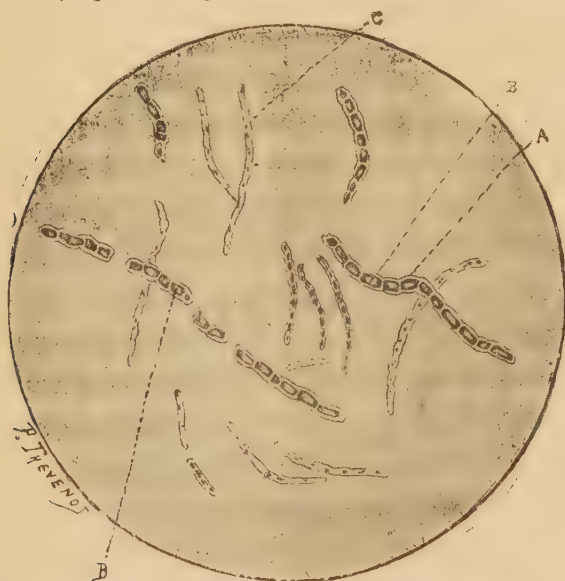


M^{me} Fel... Onychomycose favique de l'ongle et de l'index. Type érosif.

A. MICHALON, Éditeur,
PARIS



FAVUS DES ONGLES : a) cellules épidermiques. b) filaments sporulés. c) spores irrégulières constituant le filament.



TRICOPHYTIE DES ONGLES : a) filaments sporulés. b) spores régulières constituant le filament. c) filaments non sporulés.

A. MICHALON, Éditeur,
PARIS

A part une diphtérie contractée à 16 mois, M^{lle} F..., n'eut aucune des maladies de l'enfance. Régée à 11 ans, c'est aujourd'hui une jeune fille robuste et bien constituée.

Les altérations des ongles sont survenues il y a deux ans. Deux doigts seulement, le médus et le pouce gauche sont malades. M^{lle} F..., qui, à cette époque était encore porteuse de lésions prurigineuses du cuir chevelu et se grattait continuellement, se rappelle avoir vu une petite tache jaunâtre se développer, au milieu même de la rainure sous-unguéale, visible par transparence. L'ongle était encore adhérent à son lit et à l'aide d'un cure-ongle ou de pointes de ciseaux fines, elle réussissait à enlever presque entièrement cette petite tache jaunâtre ; mais quelques jours après elle se reformait. Peu à peu cette tache s'élargit et arriva en contact avec les deux bords latéraux de l'ongle. A ce moment les déformations que nous pouvons observer maintenant survinrent.

L'ongle du pouce gauche fut atteint six mois environ après celui du médus. Fait curieux, la lésion est localisée à l'angle interne de la lame cornée et tend à envahir tout son bord interne. La lésion ne dépasse pas le tiers interne de cet ongle.

Chez M^{me} F..., l'ongle de l'index gauche seul est malade depuis un an et demi environ. Même marche et presque mêmes lésions que celles de l'ongle du médus de sa fille. M^{me} F..., a 45 ans et n'a jamais eu de favus du cuir chevelu. Elle a toujours peigné elle-même sa fille.

Examen microscopique. — Il fut pratiqué le 15 février 1907, à l'aide du procédé rapide par la potasse à 40 0/0. L'élément caractéristique du favus, ce filament sporulé à *spores irrégulières* existait en abondance dans la préparation avec quelques filaments mycéliens non sporulés. C'est une partie du champ

microscopique que nous avons fait dessiner immédiatement que représente la planche II, à côté d'une préparation de squames provenant d'ongles atteints de trichophytie, dont le porteur était dans le service.

La culture sur gélose tentée plusieurs fois n'a jamais rien donné. Le temps nous a manqué pour continuer ces essais.

CONCLUSIONS

1° L'onychomycose favique coïncide le plus souvent avec le favus du cuir chevelu et est rarement primitive.

2° L'onychomycose favique n'a pas de caractéristique clinique absolue. Elle revêt trois formes principales : fissuraire, érosive, éburnée.

3° Le diagnostic différentiel est souvent impossible à faire par la clinique. L'examen microscopique seul permet d'affirmer le diagnostic.

Lorsque la culture réussit, elle confirme et indique la variété d'achorion, cause du favus.

4° Le favus des ongles est le plus souvent le résultat d'une auto-infection ou d'une infection d'origine humaine. Il est quelquefois consécutif à l'emploi de limes brosses, ou cure-ongles contaminés.

5° Le traitement du favus est long, ses récidives fré-

quentes, même après l'avulsion de l'ongle atteint. Parmi tous les modes de traitement, la radiothérapie semble devoir donner des résultats favorables.

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse
E. GAUCHER

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1° Onychomycose favique.

- ALIBERT. — Monographie des Dermatoses, 1835, t. I, p. 436.
- ANCEL. — Des ongles au point de vue anatom. physiol. et pathol. *Thèse de Paris*, 1868.
- BAUM. — Onychomycosis. *Arch. f. phys. Heilk.*, t. XII, p. 193.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires, 1862.
- BESNIER, BROCCQ, JACQUET. — Pratique Dermatologique, t. II, 1901.
- BESNIER ET DOYON. — *Traduction et annot. des Leçons sur les maladies de la peau de Kaposi*, 1881.
- BOSC ET GALAVIELLE. — Onychomycose trichophytique. *Annales de Dermat.*, 1896.
- BROCCQ. — Dermatologie pratique, 1907.
- COLLAS A. — Note sur la teigne des ongles, indépendante de toute autre manifestation du favus. *Archiv. de méd. naval.*, Paris, 1867, VIII, p. 453.
- DANLOS. — Favus atypique du cuir chevelu et des ongles. *Ann. de Dermat et de Syph.*, février 1906.
- DÉLIGNY. — Eczéma des ongles (*Union médicale*, Paris 1887).
- DOMECQ-THURON. — Dystrophies unguéales chez les ataxiques. *Th. de Bordeaux*, 1883.
- DUBREUILH. — Onychomycosis. Traitement par la pommade au pyrogallol. *Annales de Dermat.*, 1895, p. 592.

- DUBREUILH ET MARIANELLI. — Deux cas d'onychomycose favique (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1890, p. 322).
- ELSNER. P. W. — Two cases of fungus disease of the nails, 1) tinea favosa unguium, 2) tinea trich. unguium. *Austral. med. Journ. Melbourne*, 1891, NS. XIII, 479-483.
- ERCOLANI. — Sur l'onychomycosis chez l'homme et sur le champignon parasite qui en est cause (*Bull. Acad. de Bologne*, 1876).
- FABRY. — Ueber onychomycosis favosa. *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1890, p. 21.
- FEULARD HENRI. — Teignes et teigneux. Histoire méd. hygiène publique. *Thèse de Paris*, 1886.
- HENRI FOURNIER. — Étude sur la trichophytie des ongles. *Journal des mal. cut. et syph.*, v. 1889, p. 6, note 1.
- KAPOSÍ ET KUNDRAT. — Un cas de favus généralisé. *Soc. de Méd. de Vienne*, 23 oct. 1884.
- HALLOPEAU ET FOUQUET. — Sur un nouveau cas d'onychomycose. *Ann. de Dermat et de Syph.*, 1902.
- HELLER. — Maladies des ongles, Berlin, 1900.
- KOEBNER. — Onychomycosis tonsurant (*Virch. Arch.*, t. XXII).
- LESPINASSE. — Cont. à l'ét. des onych. trich. et faviques. *Thèse de Bordeaux*, 1889.
- LELOIR ET VIDAL. — Traité descriptif des maladies de la peau.
- MAHON, jeune. — Recherches sur le siège et la nature des teignes. Paris, 1829.
- NÉE PAUL. — État actuel de la question du favus humain. *Thèse Paris*, 1906.
- PICK. (F.-G.). — Ueber einen Fall von Favus an der Gliedes, in *Archiv. f. Dermat. und Syph.*, 1869, p. 302.
- PÜRSEER. — Two cases of onychomycosis (*The Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1865).
- RIPPING. (S.-H.). — Ueber die Therapie der onychomycosis *Deutsche Klinik*. Berlin, 1865, XVII, 360-362.
- SABRAZÈS. — Nature des onychomycoses démontrée par la culture et les inoculations. *Comp. Rend. de l'Ac. des Sciences*. Paris, 1894, CXIX, 172.

ULMO Y TRUFFIN. — Considération sur les ongles. Séméiotique, *Thèse Paris* (1875).

VIDAL. — Trichophytie unguéale (*Gaz. des Hôpitaux*, 1880).

VIRCHOW. — Zür normal und pathol. Anat. der nægel. Vürtzburg, 1835.

2° Favus en général.

ALIBERT. — Art. Teigne du *Dict. en 60 vol.*, 1821.

AUBERT. — Diagnostic de la teigne faveuse. *Ann. de Dermat.*, 1881.

BALZER. — Recherches histologiques sur le favus et la trichophytie. *Arch. gén. de méd.*, oct. 1881.

BAUDELOQUE. (M). — Recherches anatomiques et médicales sur la teigne fav., in *Revue Médicale*, t. IV, 1831.

BAZIN. — Dict. encyclopéd. des sciences méd. Article : Favus, p. 272.

— Recherches sur la nature et le traitement des teignes. Paris, 1853, in-8°.

BECLÈRE. — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1894.

BENNETT. — *Monthly Journal of med. Science*, 1850.

BERGERON. — Etudes sur la géographie et la prophylaxie des teignes. Paris, 1865.

BODIN (E.). — Note sur le favus de l'homme. *Soc. de Dermat.*, 1893.

— Sur les favus à lésions trichophytoïdes. *Soc. de Biol.*, 4 juillet 1896.

— Les champignons parasites de l'homme. Paris, 1902.

BROCQ (L.). — Traitement des maladies de la peau, 1892.

BRUNO-LEICH. — *Deutsche med. Woch.*, 1897. Bd. XXIII, p. 493.

CAZENAVE. — Art. : Teigne du Dict. de méd. en 30 vol., t. XXIX, 1834.

— Traité des maladies du cuir chevelu, 1850.

CHARPY (A.). — Du favus miliaire in *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1875, t. IV, p. 328.

CHATELAIN. — Précis iconographique des maladies de la peau, 1905.

COLVIS. — De l'éruption faveuse. *Thèse inaugurale*. Paris, 1860.

- COSTANTIN ET SABRAZÈS. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 13 mai 1893.
- DEVERGIE (Alph.). — *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris, 1854.
- DUBREUILH. — Diagnostic de la teigne faveuse. *Journal des mal. cut. et syph.*, 1890, p. 152.
- GALLOT. — *Recherches sur la teigne.* Paris, 1805.
- GASTOU. — *Les maladies du cuir chevelu*, 1902.
- E. GAUCHER. — *Traité des maladies de la peau*, 1895-1898.
- GERLACH. — *Magazin f. Thierheil Kunde von Gurlt und Hertwig*, 1859 (p. 236).
- GIBERT. — *Traité pratique des maladies de la peau*, 2^e édit. Paris, 1860.
- GRUBY. — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1841, tome XIII, p. 72.
- HARDY. — Article : Teigne du nouv. Dict. de méd. et de chir., t. XIV, 1871.
- HARDY (A.). — *Leçons sur les maladies de la peau*, 2^e partie, 1859 (2^e édit., 1863).
- HEBRA (F.). — *Traité des maladies de la peau*, trad. française de Doyon, t. II, p. 791.
- HÉNON. — De la teigne faveuse. *Thèse de Montpellier*, 1864.
- HILLARY (J.-B.). — *Exposé des différents moyens employés dans le traitement des teignes.* Paris, 1814.
- HOGG. — *Quarterly Journal of microscopical Science*, juin 1866.
- HORAND. — *Annales de dermatologie*, t. VII, fasc. 4, 1875-1876.
- HUDELO-MRACEK. — *Atlas des maladies de la peau.*
- JACQUETANT (de Lyon). — *Essai sur le favus. Thèse de Paris*, 1847.
- JADASSOHN. — *Verhandl der deutschen dermat. Gesellsch. Congress zu Prag-Wien*, 1889.
- KROEL. — *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1891.
- LAILLER. — *Leçons sur les teignes*, in *Gazette des Hôpitaux*, 1875-1876.
- LEISERING. — *Bericht über das Veterinairwesen im Koenigreich. Sachsen*, 1864, p. 47.

- LELOIR. — Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur, 1885.
- LETENNEUR. — Quelques recherches sur le favus. *Thèse de Paris*, 1839.
- LOBRY. — Tractatus de morbis cutanéis. Parisiis, 1777, p. 435.
- MAC CALL ANDERSON. — On the Parasitic affections of the Skin. Londres, 1868, p. 164.
- MATRUCHOT et DASSONVILLE. — *Rev. gén. de botanique*, 1899, t. XI, p. 430.
- MÉGNIN. — Diff. spécifique entre le champignon de la teigne des poules et celui de la teigne faveuse, démontrée par la culture, in *Journal des connais. méd.*, 1890.
- MÉGNIN ET DUCLAUX. — *Comptes rendus de la Société de biol.*, 1886.
- MIBELLI. — *La Riforma medica*, mars et avril 1891.
- NEUMANN. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1886.
— *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*. Paris, 1888, p. 287.
- NOCARD. — *Comptes rendus de la Soc. cent. de méd. vét.*, 1889.
- PICK. — *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1891.
- PLAUT. — *Centralblatt f. Bacteriol und Paras*, 1892, n° 12.
- QUINCKE. — *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmak.*, 1886, p. 62.
- RAYER (P.). — *Traité des mal. de la peau*, t. I, Paris, 1835.
- SABOURAUD. — Pelades et teignes de l'enfant.
- SABRAZÈS. — Production de godets f. par l'inoc. à l'homme et à la souris d'un trichoph. pyogène. *Ac. des Sciences*, 18 avril 1898.
— *Soc. de Dermat.*, avril 1893.
— Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien. *Thèse de Bordeaux*, 1893.
- SAINT-CYR. — De la teigne fav. du chien et du chat in *Journal vét. de Lyon*, 1868, p. 5, et in *Recueil de Méd vét. prat.*, 1869, p. 651.
— *Lyon Médical*, 1869, p. 63.
- SCHOENLEINII. — Zur Pathogenie der Impetigines, in *Muller's Archiv.*, 1839, p. 82, pl. III, fig. 5.

- DE SEYNES. — Études sur le parasitisme, in *Annales de Dermat.*, 1869.
- STEGEER. — Dissertatio de tineæ, in-4°. Budæ, 1782.
- TRASBOT. — *Rec. de Méd. vét.*, nov. et déc. 1891.
- UNNA et FRANCK. — *Centralblatt. f. Bakt.*, 1892, XI.
- UNNA et NEEBE. — *Monatsch. f. prakt Dermat.*, janvier 1893.
- VERUJSKI. — Recherches sur la morphologie et la biologie du trichophyton tonsurans et de l'achorion Schœnleinii, in *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 369.

